

UNTERSUCHUNG ZUR ROLLE
DER SELBSTGEFÄHRDUNG BEI AUFNAHME IN
STATIONÄRE, PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG

von

Christel Martha Schillitz, geb. Langer

aus

Breslau

1980 #217



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546216_0005

Aus dem Nervenkrankenhaus des Bezirks Oberfranken

Direktor: Professor Dr. F. Böcker

UNTERSUCHUNG ZUR ROLLE DER SELBSTGEFÄHRDUNG BEI AUFNAHME IN STATIONÄRE, PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt
von

Christel Martha Schillitz, geb. Langer
aus
Breslau

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. W. Kersten

Referent: Prof. Dr. F. Böcker

Korreferent: Prof. Dr. H.H. Wieck

Tag der mündlichen Prüfung: 18.02.1980

A	Einleitung	01
---	------------	----

B	Eigene Untersuchungen	
---	-----------------------	--

I.	Material und Methode	06
----	----------------------	----

II.	Ergebnisse	07
-----	------------	----

1.	Grundauszählung	07
----	-----------------	----

2.	Einweisende	11
----	-------------	----

3.	Information über Selbstgefährdung	23
----	--------------------------------------	----

4.	Rechtsstatus	24
----	--------------	----

5.	Art der Unterbringung	28
----	-----------------------	----

6.	Einteilung nach Art der Selbstgefährdung	30
----	---	----

7.	Diagnosen	36
----	-----------	----

III.	Diskussion	38
------	------------	----

1.	Erhöhtes Suizidrisiko bei psychischen Er- krankungen	38
----	--	----

2.	Einschätzen der Suizidalität	41
----	---------------------------------	----

a)	Unterschätzen	42
----	---------------	----

b)	richtiges Einschätzen	43
----	-----------------------	----

c)	Überschätzen	46
----	--------------	----

IV.	Zusammenfassung	50
-----	-----------------	----

A. E I N L E I T U N G

Die Diskussion um den Begriff "Freitod" ist durch das Buch "Hand an sich legen - Diskurs über den Freitod" des österreichischen Schriftstellers J. AMERY (1) erneut entfacht worden. Schon immer hat dieser Begriff in literarisch-philosophischen Betrachtungsweisen eine Rolle gespielt. So wird behauptet, daß der Mensch ein Recht habe, sein Dasein zu einem, ihm beliebigen Zeitpunkt selbst zu beenden. Dieser Ansicht steht jedoch die Erkenntnis entgegen, daß in aller Regel Selbstmordhandlungen Abschluß krankhafter Entwicklungen sind (F. RINGEL, F. BÖCKER, u.a.).

Von entscheidender Bedeutung für Ablauf und Ausgang des suizidalen Geschehens ist das Widerspiel von selbstzerstörenden und selbst-erhaltenden Kräften im Menschen. In Goethes "Faust" gewinnen beim plötzlichen Klang der Osterglocken die lebensbehaltenden Strebungen die Oberhand. Nach K. J. LINDEN (15) wäre Faust wohl zu den sogenannten Frühunterbrechern zu zählen. Nach N.L. FARBEROW (8) unterbrechen 24 % ihren Selbstmordversuch und suchen Hilfe.

Ein wesentliches Anliegen der Suizidforschung ist die Suizidprophylaxe. Das Erkennen und richtige Einschätzen der Suizidalität bereitet Schwierigkeiten, nicht nur dem Arzt. E. RINGEL (24) hat mit der Definition des "Präsuizidalen Syndroms" im Jahre 1953 in das Dunkel um das

Suizidgeschehen Licht gebracht. 1968 erstellte W. PÖLDINGER (19) eine Risikoliste zur Beurteilung der Suizidalität.

Suizidalität als solche, ist nicht eine Krankheit, sondern ein Syndrom, welchem unterschiedliche psychische Störungen zugrunde liegen. Endogene Psychosen sind besonders mit Suizidrisiko belastet. Ihr Anteil macht rund ein Viertel aller Selbsttötungen aus. F. BÖCKER (4) führt als Risikofaktoren an: abnorme Persönlichkeitsstrukturen, Suchtkrankheit, Debität, höheres Lebensalter u.a.

Ein Suizidversuch vermag die Lebenssituation zu verändern. Oft geht davon eine kathartische Wirkung aus, so daß der Vergleich mit einem reinigenden Gewitter angebracht erscheint. Nach einem Suizidversuch besteht eher Bereitschaft, das Schicksal zu akzeptieren, d.h. das Leben so anzunehmen, wie es ist. E. STENGEL (28) spricht vom Charakter eines Gottesurteils: Gott hat nicht den Tod gewollt, sondern das Weiterleben.

W. FEUERLEIN (9) hat den Begriff der parasuizidalen Handlung bzw. "parasuizidalen Pause" formuliert. Durch einen Selbstmordversuch kommt es zu einer kurzfristigen Unterbrechung des bisherigen Lebens; danach kann dieses sozusagen von einer anderen Plattform aus fortgesetzt werden.

Einen Schritt weiter geht F. BÖCKER (4) in der Suizidprophylaxe, wenn er darauf hinweist, daß jeder nach dem Überleben eines Suizidversuches so lange als ernsthaft suizidgefährdet betrachtet werden soll, bis die Anlaß gebende Erkrankung oder Konfliktsituation bereinigt ist. Es genügt nicht, im Rahmen der Krisenintervention ärztliche Erstmaßnahmen wie Wundversorgung, Entgiftung u.a zu treffen, sondern ebenfalls wichtig ist die diagnostische Abklärung durch einen Psychiater.

Unmittelbar nach einem Suizidversuch ist Bereitschaft für eine offene Aussprache gegeben. Wenige Zeit später verhindert das Aufkommen von Scham und Schuldgefühlen ein ehrliches, den Konflikt verarbeitendes und damit bereinigendes Gespräch. Danach wird vielmehr versucht, sich von der Selbstmordhandlung zu distanzieren, diese zu bagatellisieren oder gar abzustreiten - man habe lediglich zu Tabletten gegriffen, um endlich richtig auszuschlafen. (F. BÖCKER, H. POHLMEIER, U. RIEBEL u.a.).

Die Mehrzahl der Suizidversuche ist psychoreaktiv bedingt; hier genügt in der Regel ein kürzerer stationärer Aufenthalt. Ist der Suizidversuch jedoch infolge einer endogenen Psychose ausgeführt worden, so bedarf es intensiver psychiatrischer Therapie, wie

sie am besten in einer Fachklinik durchführbar ist.

Um Verbesserung der Suizidprophylaxe bemühen sich neben Ärzten auch Psychologen, Soziologen, kirchliche Institutionen u.a. Noch fehlt es an Organisation und Koordination der genannten Gruppen; auch ist das Netz der Hilfsstellen für suizidgefährdete Personen innerhalb der Bundesrepublik zu dünn geknüpft. Besonders erschwert wird die Arbeit in der Selbstmordverhütung durch das noch nicht überwundene Vorurteil in der Bevölkerung gegenüber psychiatrischer Behandlung, insbesondere in einem Nervenkrankenhaus. Die wichtige Forderung, suizidgefährdete Menschen psychiatrischer Therapie zuzuführen, stößt auf erheblichen Widerstand und wird infolgedessen vernachlässigt.

Die Umgestaltung der ehemaligen Heil- und Pflegeanstalten zu modernen psychiatrischen Krankenhäusern verbessert die Lage psychisch kranker Menschen, bedeutet aber auch Fortschritt in der Suizidprophylaxe. Nimmt die Bereitschaft zu stationärer psychiatrischer Behandlung zu, dann erfolgt auch häufiger die Klinikaufnahme noch rechtzeitig, d.h. vor Ausführung eines Selbstmordversuches.

Vielfach ist nur durch gezielte Therapie des zugrunde liegenden Krankheitsbildes der drohenden Suizidgefahr zu begegnen und zwar

in einer psychiatrischen Fachklinik. In der breiten Öffentlichkeit ist diese Funktion der Nervenkliniken viel zu wenig bekannt.

Selbst in der Psychiatrie-Enquête (21) der Bundesregierung aus dem Jahre 1975 wird dieser wichtigen Aufgabe der psychiatrischen Einrichtung nur unzureichend Rechnung getragen.

Die Rolle, die die Selbstgefährdung bei der Einweisung in das Nervenkrankenhaus spielt, bedarf angesichts der zunehmenden Zahl an Selbstmorden einer größeren Beachtung und ist es wert, näher untersucht zu werden.

B. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

I. Material und Methode

Vorliegende Untersuchung wurde am Nervenkrankenhaus des Bezirks Oberfranken in Bayreuth durchgeführt.

Sie hat sich zur Aufgabe gestellt, sämtliche Aufnahmen auf psychiatrische Abteilungen in der Zeit vom 1.05.1975 bis 31.10.1975 auf die Frage zu überprüfen, wieweit Selbstgefährlichkeit bei den Einweisungsvorgängen eine Rolle spielt, ob diese im Außenraum richtig eingeschätzt oder falsch beurteilt worden ist.

Mittels eines Fragebogens, welcher vom jeweils aufnehmenden Arzt unmittelbar bei der Einweisung auszufüllen war, konnten bei den Patienten mit Selbstgefährdung verschiedene Merkmale, wie Einweisungsmodus, Information über Selbstgefährlichkeit, Alter und Geschlecht festgestellt werden.

Anhand der Krankenakten wurden dann weitere Einzelheiten, wie klinische Diagnosen, Rechtsstatus während der stationären Behandlung bzw. bei der Aufnahme, Unterbringung auf offenen oder geschlossenen Abteilungen, erfaßt.

II. E R G E B N I S S E

1. Grundauszählung

Während des Beobachtungszeitraumes vom 1.05.75 bis 31.10.75, von also 6 Monaten, sind auf den psychiatrischen Zugangsabteilungen des Nervenkrankenhauses des Bezirks Oberfranken in Bay-reuth insgesamt 1200 Patienten aufgenommen worden, d.h. durchschnittlich pro Monat 200 Aufnahmen.

Tabelle 1 Gesamtaufnahmen in der Psychiatrie vom 1.Mai 1975 bis 31.Oktober 1975

Aufnahmen	Männer		Frauen		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Mai	92	50,8	89	49,2	181	100
Juni	116	58,3	83	41,7	199	100
Juli	132	55,9	104	44,1	236	100
August	94	52,2	86	47,8	180	100
September	121	57,6	89	42,4	210	100
Oktober	93	47,9	101	52,1	194	100
	648	54,0	552	46,0	1200	100

Die Zahl der männlichen Patienten überwiegt; es hat sich ein Durchschnittswert von 54 % für die Männer ermitteln lassen, der Anteil der weiblichen Aufnahmen liegt bei 46 %.

Bei 305 Patienten hat bei der Klinikeinweisung Selbstgefährdung eine Rolle gespielt. Eine Patientin wurde zwar polizeilich eingewiesen, konnte jedoch wieder nach Hause geschickt werden. Wir haben so nur 304 Aufnahmen. Von der Gesamtzugangszahl machen die Patienten mit Selbstgefährdung rund 25 % aus, d.h. bei jeder 4. Klinikeinweisung ist mit Selbstgefährdung zu rechnen.

In den Tabellen 2 und 3 wird die genaue prozentuale Aufgliederung im Vergleich zu den Gesamtzugangszahlen getrennt nach den Geschlechtern gezeigt.

Tabelle 2 Männer mit Selbstgefährdung im Vergleich zu der übrigen Zahl an männlichen Zugängen

Männer mit Selbstgef.		ohne Selbstgef.		zusammen	
1975	Anzahl %	Anzahl %	Anzahl %		
Mai	23 25,0	69 75,0	92	100	
Juni	19 16,4	97 83,6	116	100	
Juli	28 21,1	104 78,8	132	100	
August	21 22,3	73 77,7	94	100	
September	26 21,5	95 78,5	121	100	
Oktober	17 18,3	76 81,7	93	100	
	134 20,7	514 79,3	648	100	

Im Mai war bei jedem 4. männlichen Patienten mit Selbstgefährdung zu rechnen, im Juni hingegen bei jedem 6. männlichen Patienten.

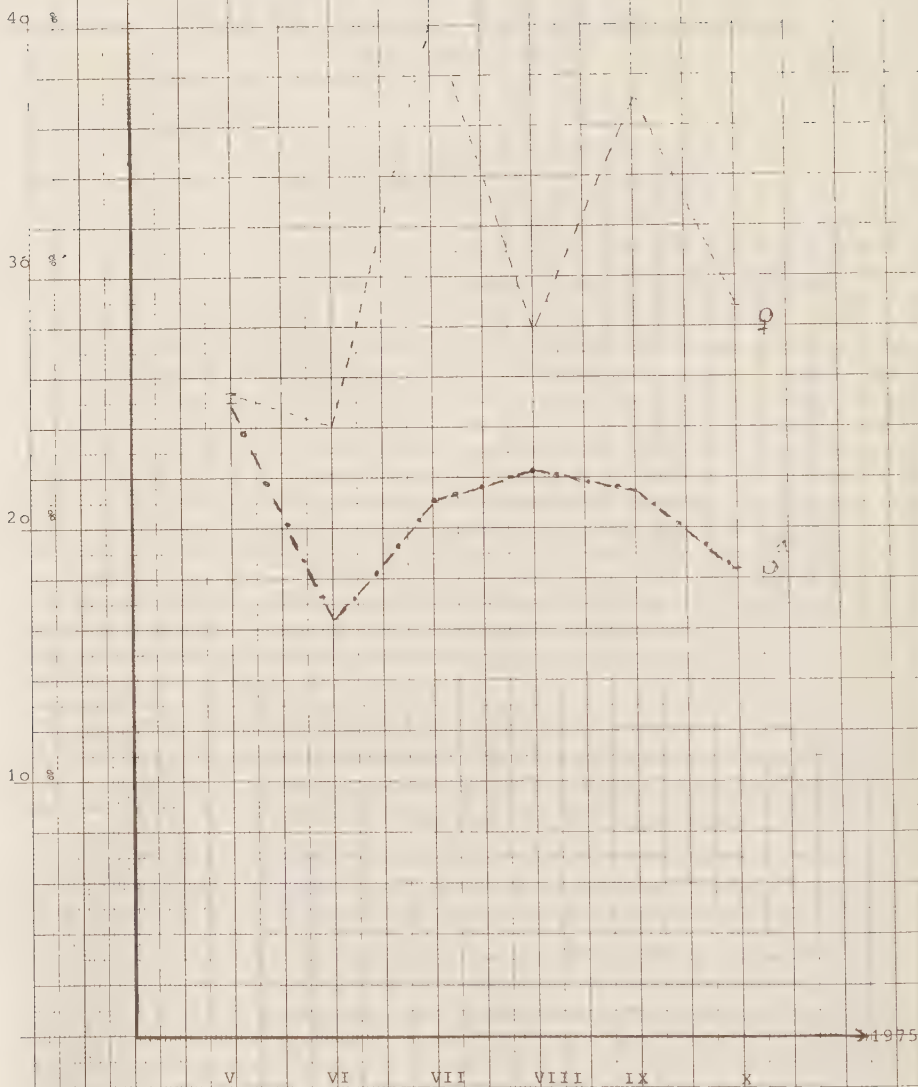
Tabelle 3 Frauen mit Selbstgefährdung im Vergleich zu der übrigen Zahl an weiblichen Zugängen

Frauen mit Selbstgef.		ohne Selbstgef.		zusammen	
1975	Anzahl %	Anzahl %		Anzahl %	
Mai	23 25,8	66 74,2		89 100	
Juni	20 24,1	63 75,9		83 100	
Juli	42 40,4	62 59,6		104 100	
August	24 27,9	62 72,1		86 100	
September	33 37,1	56 62,9		89 100	
Oktober	29 28,7	72 71,3		101 100	
	171 31,0	381 69,0		552 100	

Bei den Frauen zeigt sich im Hinblick auf die Selbstgefährdung eine größere Schwankung, sie liegt insgesamt höher und erreicht im Juli 40,4 %, sodaß beinahe bei jedem zweiten weiblichen Zugang Selbstgefährdung bejaht werden kann. Als Durchschnittswert wurde 31,0 % ermittelt. Nahezu jede 3. Frau, die im Nervenkrankehaus aufgenommen wird, läßt Zeichen einer Selbstgefährdung erkennen, während diese bei jedem fünften männlichen Patienten anzunehmen ist (vergl. Abb. 1).

Abbildung 1

♂/♀



Prozentuale Verteilung der Patienten mit Selbstgefährdung
bezogen auf die jeweiligen monatlichen Aufnahmen von
Männern bzw. Frauen.

2. Einweisende

Die Mehrzahl der sich selbstgefährdenden Patienten ist ärztlich eingewiesen worden, doch ist auch die Zahl der polizeilichen Einweisungen recht groß.

Gering ist die Anzahl der Notaufnahmen.

Keine einzige Aufnahme ist durch Vermittlung einer kirchlichen Institution oder der Telefonseelsorge erfolgt.

Als Einweisende fungieren niedergelassene Ärzte, Krankenhausärzte, Ordnungsinstanzen wie Polizei und Amtsgerichte. Eine Reihe von Patienten ist erst unter Zusammenwirken von Arzt und Polizei eingewiesen worden.

Tabelle 4 Einweisende

Einweisende	Patienten mit Selbstgefährdung			
	männlich	weiblich	zusammen	%
Nervenarzt	05	23	28	9,2
sonst. niedergel. Arzt m./o. Polizei	44	61	105	34,4
Krankenhausarzt m./o. Polizei	52	68	120	39,3
Ordnungsinstanzen	30	16	46	15,1
Telefonseelsorge	-	-	-	0,0
Notaufnahme	03	03	06	2,0
	134	171	305	100,0 %

Die durch einen Nervenarzt eingewiesenen Patienten mit Selbstgefährdung machen nur 9,2 % der Gesamtzahl aus. Keiner der 28 Patienten, die auf diesem Weg in stationäre Behandlung kamen, mußte polizeilich gebracht werden.

Ausschließlich durch Ordnungsinstanzen wurden nach dem Bayerischen Verwahrungsgesetz 15,1 % wegen Selbstgefährdung dem Nervenkrankenhaus zugeführt. Lediglich 6 Patienten hatten keine Einweisungspapiere; 3 von diesen hatten sich vom Bayerischen Roten Kreuz ins Nervenkrankenhaus bringen lassen.

Eine Patientin hat von sich aus zweimal innerhalb des Berichtszeitraumes unmittelbar im Nervenkrankenhaus Hilfe gesucht, als Stimmen ihr den Selbstmord befahlen. Sie ist mit dem Taxi gekommen; sie kannte das Nervenkrankenhaus von früheren Aufenthalten her.

Der im Nervenkrankenhaus diensthabende Arzt mußte bei einer hausärztlichen Einweisung die Polizei einschalten, da trotz gegebener Suizidalität der Patient nicht zu freiwilliger Aufnahme zu bewegen war. Diese Aufnahme zählt zu den hausärztlich veranlaßten Klinikeinweisungen.

a) Einweisung durch niedergelassene Ärzte

Von niedergelassenen Ärzten sind 133 Personen, einschließlich der 28 nervenärztlich eingewiesenen Patienten, geschickt worden. Dabei war in 19 Fällen polizeiliche Mithilfe zur Aufnahme nötig.

b) Einweisung durch Krankenhausärzte

Vor ihrer Einlieferung ins Nervenkrankenhaus sind 120 Patienten von Krankenhausärzten behandelt worden. Polizeiliche Unterstützung ist bei knapp der Hälfte erforderlich gewesen. Nur 66 von ihnen sind freiwillig zur Aufnahme ins Nervenkrankenhaus gekommen. Freilich war die Polizei oft bereits bei der Einlieferung ins Allgemeinkrankenhaus eingeschaltet. Gelegentlich war ein suizidaler Patient einem Krankenhausarzt vorgeführt worden zum Zwecke der Feststellung und ärztlichen Attestierung der Suizidalität.

Nach Durchführung der erforderlichen Erstmaßnahmen wie Magenspülung, Wundversorgung u.a. wird in den einzelnen Krankenhäusern unterschiedlich verfahren. Die Weiterverlegung hängt weniger vom Grad der gegebenen Suizidalität ab, als vielmehr von der Erfahrung und Einstellung zum Suizidproblem des jeweils behandelnden Klinikers.

Die wichtige Forderung der Suizidprohylaxe, nämlich im Anschluß an einen Suizidversuch die psychiatrische Diagnose zu stellen, findet noch wenig Beachtung. In der Regel werden die Patienten nach dem Abklingen der Folgeerscheinungen eines Suizidversuches wieder nach Hause entlassen, ohne, daß sie einem Nervenarzt vorgestellt worden sind.

Am Beispiel der Intensivstation der Medizinischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten in Bayreuth soll erläutert werden, wie mit Patienten nach einem Suizidversuch in einem Allgemeinkrankenhaus umgegangen wird. Die Zahlenangaben stimmen für die Zeit unserer Untersuchung mit überein (vergl. Tab. 5).

Von 63 Patienten sind 41 unmittelbar nach Hause entlassen worden. Nur ein Drittel (= 21 Patienten) wurden stationärer psychiatrischer Behandlung zugeführt, 18 Personen kamen in das Nervenkrankenhaus in Bayreuth, 2 Patienten wurden nach Erlangen, ein Patient nach Regensburg in die Nervenklinik verlegt.

Tabelle 5 Weitere Maßnahmen im Umgang mit
Patienten nach einem Suizidver-
such (Intensivstation)

1975 Selbstmordvers. weitere Maßnahmen verstorben				
	Gesamtzahl	NKH	nach Hause	
Mai	11	02	09	-
Juni	09	01	08	-
Juli	19	08	10	01
August	09	02	07	-
September	05	04	01	-
Oktober	10	04	06	-
	63	21	41	01

Es ist anzunehmen, daß an den übrigen Allgemein-
krankenhäusern ähnlich verfahren wird. Der
größere Teil der Patienten wird nach einem
Suizidversuch nach Hause geschickt, ohne
psychiatrischer Behandlung bzw. Begutachtung
zugeführt zu werden. Dafür spricht auch die
im Vergleich zu den Krankenhauseinweisungen
aus Bayreuth relativ niedrige Zahl von 75
Verlegungen aus den anderen Krankenhäusern
in Oberfranken. Bayreuth allein stellt mit
45 Krankenhausverlegungen gut ein Drittel.
Hierbei rechnen jetzt allerdings auch die
im Krankenhaus ambulant behandelten Patienten
nach Suizidversuch mit, bei welchen zum Bei-
spiel eine Magenspülung nach Tablettenintoxi-
kation erfolgt ist.

Hinsichtlich des Einweisungsmodus aus den Krankenhäusern fallen regionale Unterschiede auf. So wurden sämtliche 12 Patienten aus dem Coburger Krankenhaus auf freiwilliger Basis eingewiesen, während von den 11 Verlegungen aus dem Hofer Krankenhaus nur 2 Patienten freiwillig gebracht worden sind. Aus dem Krankenhaus in Bamberg wurden 4 Patienten freiwillig eingewiesen. Von den 45 Patienten aus den Bayreuther Krankenhäusern wurde knapp die Hälfte, nämlich 22 Personen, polizeilich gebracht. Ein Patient kam sogar aus einer Nürnberger Nervenambulanz, weil er dort wegen Selbstgefährdung angeblich nicht mehr zu tragen war.

Tabelle 6 Überweisung aus einem anderen Krankenhaus

Krankenhaus	Patienten mit Selbstgefährdung			
	männl.	weibl.	zusammen	%
Bayreuth	23	22	45	37,5
sonstige Stadt	29	46	75	62,5
	52	68	120	100,0 %

Nicht immer ist der Weiterverlegung ein Suizidversuch vorausgegangen. Gelegentlich ist während einer stationären Behandlung Suizidalität so offenkundig geworden, daß ihr im Allgemeinkrankenhaus nicht mehr hinreichend zu begegnen war (vergleiche Tabelle 7).

Tabelle 7 Art der Selbstgefährdung bei Weiterleitung aus einem anderen Krankenhaus

Patienten mit Selbstgefährdung				
	männl.	weibl.	zusammen	%
Zustand nach SMV	44	59	103	86,0
SM-Absicht	04	04	08	6,6
sonstige	04	05	09	7,5
	52	68	120	100,0 %

86 % sind wegen eines Selbstmordversuches von einem anderen Krankenhaus stationärer psychiatrischer Behandlung zugeführt worden. Lediglich 6,6 % sind wegen Selbstmordabsicht weiterverlegt worden. Mit 7,5 % ist der Anteil der Patienten ohne echte Suizidalität relativ hoch, so daß sich die Frage nach einem etwaigen Mißbrauch des Begriffs der Selbstgefährdung erheben könnte.

c) Polizeiliche Einweisung

Jeder, der einen anderen Menschen in einer Gefahrenlage erkennt, ist zur Hilfe aufgefordert. Andernfalls kann er wegen unterlassener Hilfeleistung nach § 330 c Strafgesetzbuch bestraft werden. Laut Bundesgerichtshof St. 6, Beschluß vom 10.03.1954 ist die durch einen Selbstmordversuch herbeigeführte Gefahrenlage ein Unglücksfall.

Meistens wird beim Erkennen einer Selbstmordgefahr die Polizei verständigt oder aber auch das Bayerische Rote Kreuz, sei es durch Angehörige, Bekannte, Nachbarn, Arbeitskollegen oder sonstige Personen.

Polizei und Bayerisches Rotes Kreuz schalten sich gegenseitig ein, so daß sich schwer feststellen läßt, wer eigentlich zuerst gerufen worden ist. In der Regel werden die polizeilich eingewiesenen Patienten mit dem Bayerischen Roten Kreuz transportiert, nur ausnahmsweise erfolgt Transport im Polizeiwagen.

Die wichtige Rolle des Bayerischen Roten Kreuzes bei der Krisenintervention wird aus den oben genannten Gründen leicht übersehen.

Nach den Voraussetzungen des Bayerischen Verwahrungsgesetzes sind 119 Personen wegen Selbstgefährdung ins Nervenkrankenhaus eingewiesen worden, doch wurden nur 118 davon aufgenommen. Bei 78 Einweisungen war ein Arzt mit beteiligt, wenn auch häufig nur zur Attestierung von Selbstgefährlichkeit von Seiten der Polizei hinzugezogen.

Ausschließlich durch die Polizei, also ohne ärztliche Beteiligung, sind 41 Patienten gebracht worden. Eine suizidale Patientin konnte zu den Eltern nach Hause geschickt werden, diese hatten versprochen, sich hinreichend um sie zu kümmern.

Tabelle 8 Polizeiliche Einweisung

polizeiliche Ein- weisung nach dem Verwahrungsgesetz	Patienten mit Selbstgefährdung		
	männlich	weiblich	zusammen
	69	50	119
ohne Arzt	28	13	41
mit Arzt	41	37	78
Amtsarzt	02	03	05
Nervenarzt	-	-	-
Allgemeinarzt	11	08	19
Klinikerarzt	28	26	54

Wie aus der Tabelle 8 ersichtlich ist, sind 69 Männer und 50 Frauen zwangseingewiesen worden, wobei der Anteil der Frauen relativ hoch ist. Bei der Weiterverlegung aus einem anderen Krankenhaus ergibt sich ein Zahlenverhältnis von nahezu 1 : 1 .

10 Personen, die wegen gemeingefährlichen Verhaltens unter Alkohol in eine Ausnüchterungszelle verbracht worden waren, zeigten dort selbstgefährliches Verhalten - wenn auch teils demonstrativer Art - so daß sie ins Nervenkrankenhaus nach den Voraussetzungen des Bayerischen Verwahrungsgesetzes eingewiesen werden mußten.

Siebenmal wurde die Polizei in die Suche nach sich selbstgefährdenden Patienten eingeschaltet. Nach erfolgreicher Fahndung wurde nur vereinzelt von der Einweisung nach dem Verwahrungsgesetz Gebrauch gemacht.

Mehrmals haben sich suizidgefährdete Menschen unmittelbar an die Polizei mit der Bitte um Hilfe gewandt. Hier kam jedesmal das Verwahrungsgesetz zur Anwendung.

Tabelle 9 Art der Selbstgefährdung bei
Polizeieinweisung

	polizeiliche Einweisung wegen Selbstgefährdung			
	männl.	weibl.	zusammen	%
nach SMV	45	32	77	64,7
SM-Absicht	13	09	22	18,5
sonstige	11	09	20	16,8
	69	50	119	100,0 %

Der Anteil der Patienten mit einem Suizidversuch ist mit 64,7 % bei den Zwangseinweisungen beachtlich hoch, wobei die Männer eindeutig überwiegen. Aber auch die Gruppe der Personen ohne echte Suizidalität liegt mit 16,8 % höher als bei den Krankenhausverlegungen, wo-

bei sie sich auf knapp 10 % belief. Die Möglichkeit des Mißbrauchs des Begriffs der Selbstgefährdung scheint bei den polizeilichen Einweisungen noch mehr gegeben.

Bei der Aufgliederung nach Geschlecht und Alter, macht die Gruppe der 31- bis 45-Jährigen rund 30 % aus, gefolgt von der Altersgruppe der 21- bis 30-Jährigen mit 26 %. Jugendliche bis 20 Jahre finden sich mit 13,4 % vertreten, die über 65 Jahre alten Personen sind mit 11,8 % am niedrigsten repräsentiert (vergleiche Tabelle 10).

Tabelle 10 Aufteilung nach Geschlecht und Alter
bei den polizeilich eingewiesenen
Patienten

polizeiliche Einweisung wegen Selbstgefährdung				
männlich weiblich zusammen %				
bis 20 J	12	04	16	13,4
21 - 30 J	21	10	31	26,1
31 - 45 J	21	14	35	29,4
46 - 65 J	12	11	23	19,3
über 65 J	03	11	14	11,8
	69	50	119	100,0 %

In den jüngeren Lebensjahren überwiegen die Männer. Bei den 45- bis 65-Jährigen zeigt sich ein Verhältnis von etwa 1 : 1 zwischen Männer und Frauen, während dann nach dem 65. Lebensjahr die Frauen eindeutig in der Mehrzahl sind, nämlich das Dreifache der Anzahl der Männer. Bei den Jugendlichen erreichen die männlichen Patienten das Dreifache der weiblichen Anzahl.

21 Personen wird neben Selbstgefährlichkeit auch Gemeingefährlichkeit bescheinigt, auffallenderweise gerade gebrechlichen Greisen.

d) Notfall

Nur sechsmal ist eine Notaufnahme erfolgt, d.h. bei der Aufnahme lagen keinerlei Einweisungspapiere vor.

Diese außerordentlich niedrige Zahl an Notaufnahmen läßt erkennen, daß das psychiatrische Krankenhaus als Ort der Krisenintervention bei Suizidgefahr kaum unmittelbar in Anspruch genommen wird. Diesbezüglich bedarf es noch der Öffentlichkeitsarbeit. Aufschlußreich ist die Betrachtung der 6 Notaufnahmen im einzelnen.

Eine an Schizophrenie erkrankte Patientin begab sich unter dem Einfluß von Stimmen, die ihr Selbstmord befahlen, mit dem Taxi ins Nervenkrankenhaus, das sie von früheren Aufenthalten her kannte. Sie ist während des Beobachtungszeitraumes gleich zweimal auf diese Weise aufgenommen worden.

Von Angehörigen wurde ein suizidaler Patient im intoxikierten Zustand ohne Einweisungspapiere gebracht.

Zweimal wurde das Bayerische Rote Kreuz von Angehörigen um Hilfe gebeten und verbrachte ohne jegliche Formalitäten die suizidgefährdeten Patienten ins Nervenkrankenhaus.

Einmal hatte sich ein Mann unter Alkoholeinfluß an das Bayerische Rote Kreuz gewandt und Selbstmord angekündigt; auch er wurde unmittelbar in stationäre, psychiatrische Behandlung gebracht.

3. Information über Selbstgefährdung

Vielfach konnte dem ärztlichen Einweisungsschein eine Information über vorhandene Selbstgefährdung entnommen werden, wenn auch oft aus Stichworten wie "suizidal", "Selbstmordversuch" u.a.. Kuriose Wortbildungen, wie "Suizidismus" oder "Selbstgefährdungsgefahr" sind dabei zu finden. Oft implizierte der Hinweis "stationäre Behandlung dringend erforderlich" bei depressiven Patienten den Hinweis auf Suizidgefahr.

Ausführliche Informationen über die Art der Selbstgefährdung sind in Arztbriefen enthalten, die bei 70 Einweisungen vorhanden waren, vorwiegend bei Verlegungen aus anderen Krankenhäusern. Zusätzliche Informationen ergingen bei telefonischer Anmeldung. Wenn die Verlegung unmittelbar nach Durchführung ärzt-

licher Notmaßnahmen wie Magenspülung, Wundnaht etc. erfolgte, fielen die Informationen spärlich aus, manchmal wurde nicht einmal angerufen oder es erreichte die telefonische Information den diensthabenden Arzt nicht. Umfassend sind die Angaben über die Selbstgefährdung in den Polizeiberichten; freilich werden diese oft erst Stunden nach erfolgter Einweisung übermittelt. Ärztliche Atteste sind bei 43 Patienten dem Polizeibericht beigelegt, weitere 7 Atteste waren bei freiwillig aufgenommenen Patienten vorhanden. Doch sind die ärztlichen Atteste eher allgemein gehalten und gehen nicht auf Details ein.

Begleitende Angehörige erteilten bei 106 Patienten nähere Auskunft.

Oft erwies sich bei Wiederaufnahmen das alte Krankenblatt als wertvolle Hilfe zur Abschätzung der Suizidalität.

Abgesehen von wenigen Ausnahmen, gaben die Patienten selbst Auskunft.

4. Rechtsstatus

a) Rechtstitel bei Einweisung

Auf freiwilliger Basis wurden 173 Personen, 60 Männer und 113 Frauen, in stationäre, psychiatrische Behandlung aufgenommen. Größere Bereitschaft zu freiwilliger Behandlung findet sich bei den Frauen, sie leisten Hilfs-

maßnahmen in der Regel aber auch weniger Widerstand. In der Gesamtzahl sind sie höher vertreten. Die Anzahl der unfreiwilligen Aufnahmen bei den Männern überwiegt sogar die Zahl der freiwilligen.

132 Personen, 74 Männer und 58 Frauen, sind auf nicht freiwilliger Basis zur Aufnahme gekommen, zumeist als Maßnahme nach dem Bayerischen Verwahrungsgesetz; allein 115 gemäß Artikel 5 und 4 Personen mit Amtsgerichtsbeschuß gemäß Artikel 2.

Tabelle 11 Rechtsstatus bei Einweisung

Patienten mit Selbstgefährdung			
	männlich	weiblich	zusammen
freiwillig	60	113	173
nicht freiwillig	74	58	132
	134	171	305

Bei 9 Personen bestand Amtspflegschaft bzw. Amtsvormundschaft; hinzu kommen 4 Minderjährige, bei welchen natürliche Vormundschaft durch die Eltern zur Geltung kommt.

Tabelle 12 Rechtstitel bei unfreiwilliger
Einweisung

nicht freiwillig eingewiesene Patienten mit Selbstgefährdung			
	männlich weiblich zusammen		
natürl. Vormund	-	04	04
Amtsvormundschaft	03	-	03
Amtspflegschaft	02	04	06
Verwahrungsgesetz			
Artikel 2	01	03	04
Artikel 5	68	47	115
	74	58	132

b) Rechtstitel bei der stationären Behandlung

Der bei der Einweisung geltende Rechtstitel, erfuhr bei einer Reihe von Patienten eine Änderung, was bei Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus ja häufig vorkommt. Bei den freiwilligen Aufnahmen mußte nur viermal aufgrund der Gebrechlichkeit eine Amtspflegschaft eingerichtet werden. Keine Änderung des Rechtsstatus erfolgte bei den übrigen 169 freiwilligen Aufnahmen.

Tabelle 13/ Veränderung des Rechtstitels bei
den 173 freiwillig aufgenommenen
Patienten

Rechtstitel bei Einweisung	später					
	männl.	weibl.	zus.	männl.	weibl.	zus.
freiwillig	60	113	173	58	111	169
Pflegschaft	-	-	-	02	02	04

Freiwillige, stationäre Behandlung konnte bei 87 polizeilich eingewiesenen Personen bewirkt werden. Nur 4 Frauen, aber 13 Männer wurden nach dem Verwahrungsgesetz untergebracht. Teilweise konnte diese Maßnahme noch vor Ablauf der 3-Monatsfrist wieder rückgängig gemacht werden.

Insgesamt sind also 256 Patienten auf freiwilliger Basis behandelt worden; bei den verbleibenden 48 Patienten bestand ein anderer Rechtstitel.

Ein 16-jähriger Patient wurde sogar gerichtlich untergebracht, die übrigen polizeilich zugeführten 3 minderjährigen Patienten standen unter natürlicher Vormundschaft durch die Eltern.

Eine Gebrechlichkeitspflegschaft war für 7 zwangseingewiesene Patienten angezeigt. Diese hatten teils schon vor der Klinikeinweisung bestanden, was der Polizei jedoch nicht bekannt war.

Tabelle 14 Rechtsstatus während der Behandlung

Patienten mit Selbstgefährdung				
	männlich	weiblich	zusammen %	
freiwillig	109	147	256	84,2
nat. Vormundschaft	02	05	07	8,9
Amtsvormundschaft	03	-	03	
Pflegschaft	06	11	17	
Verwahrungsgesetz/Gericht	14	07	21	6,9
	134	170	304	100,0 %

84,2 % unterzogen sich freiwilliger Behandlung, bei 8,9 % bestand Vormundschaft bzw. Pflegschaft und 6,9 % waren gerichtlich untergebracht.

5. Art der Unterbringung

Von den 304 aufgenommenen Patienten wurden 197 (= 65 %) zunächst auf geschlossenen Abteilungen untergebracht. Auf offenen Abteilungen konnten 107 Personen (= 35 %) aufgenommen, 2 Patienten mußten dann dennoch - eine Patientin hatte versucht, sich auf der Station mittels eines Strumpfes zu strangulieren - auf geschlossene Stationen verbracht werden.

Organisatorisch bedingt waren 3 Verlegungen; es handelte sich um Suchtkranke, die auf die geschlossene Suchtabteilung verlegt wurden. Auch Verlegungen innerhalb geschlossener Abteilungen wurden durchgeführt, sind hier jedoch nicht von Bedeutung.

Die Unterbringung der zwangseingewiesenen Patienten erfolgte in der Mehrzahl auf geschlossenen Abteilungen, nur 18 von ihnen wurden offen untergebracht, davon waren 15 männlichen und 3 weiblichen Geschlechts. Da in der Geriatrie keine offenen Zugangsabteilungen gegeben sind, mußten die älteren Patienten alle geschlossen aufgenommen werden.

Tabelle 15 Unterbringung - offen / geschlossen

Rechtstitel bei Aufnahme	geschlossen	offen	Gesamtzahl
polizeilich	100	18	118
sonstig	97	89	186
	197	107	304

Aus Tabelle 15 ist ersichtlich, daß polizeilich eingewiesene Patienten überwiegend geschlossen untergebracht werden; dies ist aber auch bei der Mehrzahl der freiwillig aufgenommenen Personen der Fall.

6. Einteilung nach Art der Selbstgefährdung

Nach der Art der Selbstgefährdung können die 305 erfaßten Personen in 3 Gruppen unterteilt werden. Je nachdem, ob es bereits zu einer selbstgefährlichen Handlung gekommen ist, oder ob Suizidalität anhand von Selbstmordabsichten zu erkennen ist, oder ob gar mit dem Begriff der Suizidalität - beabsichtigt oder nicht - falsch umgegangen wird.

Zur Gruppe A zählen wir alle Patienten, bei welchen der Klinikaufnahme suizidale Handlungsweisen voangegangen sind. Es haben 159 Patienten einen Suizidversuch unternommen.

Gruppe B umfaßt den Personenkreis, bei dem es noch nicht zum Suizidversuch gekommen ist, doch Suizidalität in Form von Selbstmordankündigung offen oder versteckt gegeben scheint. Diese Art der Suizidalität läßt sich bei 105 Patienten nachweisen.

Gruppe C sind jene 41 Patienten zugeordnet, welche auf dem Boden einer psychischen Störung selbstgefährdende Verhaltensweisen zeigten, ohne eine Selbstvernichtung zu beabsichtigen. Hierzu zählen Patienten mit Hirnarteriosklerose und auch jene die sich unter Alkoholeinfluß erheblicher Lebensgefahr aussetzten.

Es sei eigens darauf hingewiesen, daß Patienten, die wohl unter Alkohol- oder Drogeneinfluß stehend, mit Selbstmord drohen, nicht in der Gruppe C zu finden sind, sondern je nach dem Grad der Selbstgefährdung in den beiden oben genannten Gruppen.

Auch psychotische Suizidhandlungen, etwa unter dem Einfluß von Stimmen, die den Selbstmord befehlen, zählen nicht zu Gruppe C. Begibt sich aber jemand infolge einer psychischen Störung in Lebensgefahr, ohne diese wirklich zu suchen, so wird er zur Gruppe C gerechnet; gemeint sind Personen, die infolge ihrer Verwirrtheit z.B. hilflos im Wald umherirren und sich dabei gefährden durch Erfrieren u.a.

Tabelle 16 Einteilung nach Art der Selbstgefährdung in die Gruppen A,B, u. C.

	Männer	Frauen	zusammen
Gruppe A			
SM-Handlung	74	85	159
Gruppe B			
SM-Absicht	36	69	105
Gruppe C			
Sonderfälle	24	17	41
	134	171	305

Tabelle 16 zeigt, daß die Frauen überwiegen. Der Anteil Frauen, die mit Suizid drohen, macht ca. 70 % aus von der Zahl, die bereits einen Selbstmordversuch unternommen haben. Der Anteil männlicher Patienten mit Suiziddrohung liegt bei 50 %.

Gruppe A

Patienten mit Selbstmordhandlung

Bei 159 Patienten hat ein Selbstmordversuch die Klinikaufnahme bedingt. Unberücksichtigt bleibt hierbei, ob der Selbstmordversuch ernsthaft war oder, ob ein mehr demonstrativer Charakter der Selbstmordhandlung anzunehmen ist.

Tabelle 17 Einteilung der Gruppe A nach Geschlecht und Alter

Alter	männlich	weiblich	zusammen
- 20 J	11	12	23
21 - 30 J	23	17	40
31 - 45 J	24	29	53
46 - 65 J	15	19	34
über 65 J	01	08	09
	74	85	159

Gruppe B

Patienten mit Selbstmordabsicht

Bei 105 Personen zeigte sich Suizidalität in Form von Selbstmordgedanken bzw. -ankündigung. Wiederum überwiegen die Frauen, nahezu mit der doppelten Anzahl.

Tabelle 18 Einteilung der Gruppe B nach Geschlecht und Alter

Alter	männlich	weiblich	zusammen
- 20 J	04	02	06
21 - 30 J	05	08	13
31 - 45 J	10	14	24
46 - 65 J	10	27	37
über 65 J	07	18	25
	36	69	105

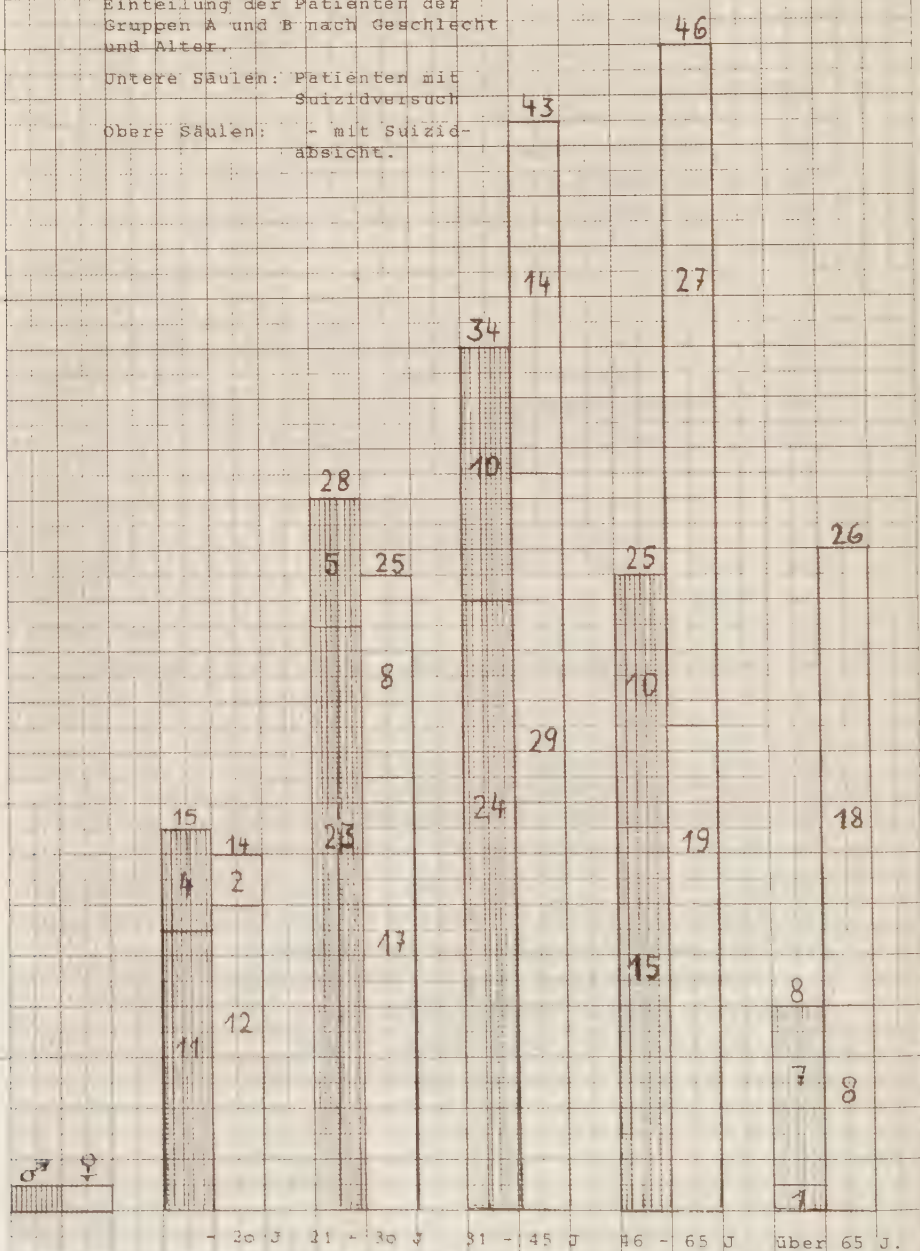
Bei der Aufgliederung nach Geschlecht und Alter fällt auf, daß die Altersgruppe der 46- bis 65-jährigen Frauen die größte Gruppe stellt. Da es sich um Einweisung in eine psychiatrische Klinik handelt und es in diesem Lebensabschnitt häufig zur Manifestation einer Depression kommt, ist die hohe Zahl weiblicher Personen nicht verwunderlich. Auch der Anteil suizidaler Frauen in der Gruppe der über 65-jährigen ist beachtlich hoch.

Abbildung 2

Einteilung der Patienten der
Gruppen A und B nach Geschlecht
und Alter.

Untere Säulen: Patienten mit
Suizidversuch

Obere Säulen: - mit Suizid-
absicht.



Gruppe C

Selbstgefährdung ohne Selbstmordabsicht

In dieser Gruppe sind die Personen erfaßt, welche wohl selbstgefährliches Verhalten an den Tag legen, ohne jedoch suizidal zu sein. Hierbei hätten soziale Maßnahmen wie Heimunterbringung oftmals ausgereicht, um der Selbstgefährdung zu begegnen, gelegentlich sogar hinreichende hausärztliche Betreuung. Diagnostisch überwiegen in dieser Gruppe Patienten, die an Hirnarteriosklerose erkrankt sind. Zum anderen finden sich hier Personen mit Verwahrlosungstendenzen, wie sie bei langjähriger Suchtkrankheit oder beim Defektzustand einer Schizophrenie anzutreffen sind.

Tabelle 19 Einteilung der Gruppe C nach Diagnosen

Diagnose	männl.	weibl.	zusam.
Hirnarteriosklerose	06	06	12
Alkohol/Drogen	04	05	09
Hirntumor/Epilepsie	01	01	02
Endogene Psychose (Defekt)	04	05	09
Debilität/Korsakow	04	01	05
sonstige	04	-	04
	23	18	41

7. Diagnosen

Von besonderem Interesse sind die klinisch-psychiatrischen Diagnosen. Dabei wurde die Gruppe C bewußt ausgespart, da es sich hier um Patienten handelt, bei welchen Selbstgefährdung im Sinn von Suizidalität nicht gegeben ist; im übrigen sind die Diagnosen dieser Patienten bereits gesondert aufgeführt.

In Tabelle 20 wird eine Übersicht über die Diagnosen der Patienten dargestellt, bei welchen bei der Einweisung Suizidalität zu erkennen war, wenn auch unterschiedlichen Grades, sei es in Form von Suizidabsichten oder eines Selbstmordversuches. Es handelt sich um 264 Patienten, wobei 110 männlichen und 154 weiblichen Geschlechts sind.

Tabelle 2o Übersicht über die klinischen
Diagnosen der Patienten mit
Selbstmordabsicht bzw. Selbst-
mordversuch

Diagnosen	männlich		weiblich		zusammen	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Debilität	02	1,8	03	1,9	05	1,9
körperl.begründb. psychische Störung	09	8,1	19	12,3	28	10,6
Endogene Psychose	17	15,5	57	37,0	74	28,0
Suchtkrankheit	39	35,5	27	17,5	66	25,0
Alkoholrausch	04	3,6	03	1,9	07	2,6
abnorme Persönlichkeit	04	3,6	04	2,6	08	3,0
abnorme Erlebnisreaktion	35	31,8	41	26,6	76	28,8
	110	100,0	154	100,0	264	100,0

Bei den Männern führt Suchtkrankheit, danach folgt abnorme Erlebnisreaktion; bei den Frauen überwiegen die endogenen Psychosen, gefolgt von der abnormen Erlebnisreaktion. Insgesamt steht jedoch letztere Diagnose als ermittelter Durchschnittswert an der Spitze, gefolgt von endogener Psychose und dann Suchtkrankheit. Beachtlich hoch ist der Anteil von körperlich begründbaren Psychosen mit 10,6 %.

III. D I S K U S S I O N

1. Erhöhtes Suizidrisiko bei psychischen Erkrankungen

Auf die erhöhte Selbstmordneigung bei psychischen Erkrankungen wird von verschiedenen Autoren wiederholt aufmerksam gemacht (F.BÖCKER J. BOJANOVSKY, H. JANTZ, P. KIELHOLZ, E. LUNGERSHAUSEN u.a.). Unter diesem Gesichtspunkt sind wir der Frage nachgegangen, welche Rolle die Selbstgefährdung bei der Einweisung in stationäre psychiatrische Behandlung spielt.

Wir mußten feststellen, daß bei jeder vierten Klinikeinweisung Selbstgefährdung mit im Spiel war, d.h. bei jedem fünften männlichen und bei jedem dritten weiblichen Patienten. Mindestens jede zehnte Klinikaufnahme war unmittelbar durch einen Selbstmordversuch bedingt. Der Anteil von Patienten mit einem Selbstmordversuch (= 159 Personen) macht bezogen auf die Gesamtzugangszahl (= 1200 Personen) 13,3 % aus.

Für die Landeskrankenhäuser von Schleswig-Holstein errechnete F. ECKMANN (7) für das Jahr 1973 einen prozentualen Anteil von 5,8 %, der also um mehr als die Hälfte niedriger liegt als in Oberfranken.

Wie statistischen Jahrbüchern zu entnehmen ist, liegt die Suizidquote, wie auch die Quote der Verkehrsunfälle, für Oberfranken höher als im übrigen Bundesgebiet.

Für die oberfränkische Stadt Hof ließ sich eine Suizidquote von 30 auf 100 000 ermitteln. I. SCHIERL (27) sieht einen ursächlichen Zusammenhang mit der Überalterung der Bevölkerung in Hof.

Möglicherweise sind, die klinischen Diagnosen für die Patienten mit einem Selbstmordversuch aufschlußreich. Wir haben sie mit den Kölner Ergebnissen von F. BÖCKER (4) verglichen und soweit es möglich war, auch die Diagnosen aus Schleswig-Holstein mit herangezogen. Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß es sich bei den Patienten in den psychiatrischen Krankenhäusern in Bayreuth und in Schleswig-Holstein bereits um einen ausgewählten Personenkreis handelt, wohingegen in der Universitäts-Nervenklinik in Köln ein weniger ausgelesenes Krankengut zur Aufnahme kam. So erklärt sich der Unterschied bei den Diagnosen. Besonders hoch ist in Köln der Anteil der abnormen Erlebnisweisen. Zu einem ähnlichen Ergebnis wie in der Kölner Untersuchung ist auch H. PROKOP (20) gekommen. Er ermittelte für die Universitäts-Nervenklinik Innsbruck, wo im Jahre 1971 113 Patienten nach einem Selbstmordversuch eingeliefert worden waren, einen Anteil von 71 % bei der Diagnose der reaktiven Depression.

Tabelle 21 Vergleich klinischer Diagnosen
von Patienten mit Suizidversuchen

Diagnosen	Köln	Bayreuth Schl.Holstein	
	%	%	%
Debilität	4,4	1,9	-
körperl.begründ. psychische Störung	5,8	5,7	-
endogene Psychose	9,3	21,4	20,1
Sucht	12,7	28,3	28,2
Alkoholrausch	4,4	6,5	-
abnorme Persönlichk.	25,9	3,0	-
abnorme Erlebnisreakt.	33,7	34,6	-
	100	100	100
Ges.-Anzahl	8934	159	1029

Die Diagnose "Abnorme Erlebnisreaktion" steht jeweils an der Spitze. Ihr folgt an zweiter Stelle in Bayreuth die Diagnose "Sucht" mit 28,3 %; auch in Schleswig-Holstein wurde bei "Sucht" 28,2 % errechnet. Die Diagnose "Endogene Psychose" ist in Köln lediglich mit 9,3 % vertreten, wohingegen sie in Bayreuth 21,4 % erreicht und auch in Schleswig-Holstein mit 20,1 % ziemlich hoch liegt, was mit dem Auslesefaktor in Zusammenhang zu bringen ist.

In der Fachliteratur finden sich gerade über den Anteil der endogenen Psychosen bei den Patienten mit Suizidversuch recht unterschiedliche Zahlenangaben. E. STENGEL (28) spricht von 50 %, während W. BAPPERT (2) nur 5,8 % nennt, K.J. LINDEN (15) meint, daß für den deutschen Sprachraum mit 9 - 15 % zu rechnen seien.

2. Einschätzen der Suizidalität

Das richtige Einschätzen der Suizidalität bereitet Schwierigkeiten. Angesichts der unterschiedlichen und mannigfaltigen Aspekte dieses Problems versagen nicht nur Laien, sondern auch Ärzte.

Der aktuelle Grad an Suizidalität ist schwer bestimmbar. Er ist nicht aus der Tatsache, ob ein Selbstmordversuch durchgeführt worden ist oder nicht, zu erkennen.

Die Selbstmordabsichten eines an einer endogenen Depression erkrankten Menschen wiegen in dieser Hinsicht schwerer als ein demonstrativer Selbstmordversuch, der als abnorme Verhaltensweise zur Bewältigung einer Konfliktsituation dienen soll.

E. WEIG (30) hat die Suizidalität bei zylothymen Depressionen näher untersucht. Er betont, daß bei der Mehrzahl der an einer endogenen Depression erkrankten Menschen das Auftreten von Suizidgedanken vorwiegend mit dem Beginn einer depressiven Phase zusammenfällt.

Ein Selbstmordversuch kann auch Initialsymptom einer schizophrenen Erkrankung sein. Zu erwähnen ist auch die Suizidgefährdung von suchtkranken Menschen.

a) Unterschätzen

Fehlerhaftes Einschätzen der Suizidalität dürfte vielfach darauf beruhen, daß das Wissen um psychische Erkrankungen und das damit verbundene Suizidrisiko im allgemeinen zu wenig verbreitet ist.

Infolge des Unterschätzens der Suizidalität kommt es immer wieder zu einer oft sehr bedenklichen Verzögerung der stationären, psychiatrischen Behandlung, wie wir in folgenden Beispielen aufzeigen wollen.

Beispiel 1

Johanna M., 28 Jahre, - Endogene Depression -

Frau M. hat familiäre Schwierigkeiten. Sie geht zum Arzt und klagt über Angst- und Unruhezustände, woraufhin sie Beruhigungsmittel verschrieben bekommt. Noch am selben Tag wird sie in bewußtlosem Zustand aufgefunden und ins Krankenhaus gebracht, wo eine Magenspülung vorgenommen wird. Von dort aus erfolgt Einweisung ins Nervenkrankenhaus.

Hier hat der Allgemeinarzt die Suizidgefahr nicht erkannt.

Beispiel 2

Erika M., 32 Jahre, - Endogene Depression -

Seit Wochen spürt Frau M. den Drang in sich, sterben zu wollen. Sie unternimmt mehrfach Suizidhandlungen mittels Tabletten bzw. Stichverletzungen an den Handgelenken. Sie wurde sogar wegen einer Tablettenintoxikation im Krankenhaus stationär behandelt, jedoch wieder nach Hause entlassen. Erst als sie 8 Tage später erneut zu Tabletten gegriffen hat, wurde vom Hausarzt endlich die Einweisung ins Nervenkrankenhaus durchgesetzt.

Hier wurde weder vom Hausarzt noch vom Klinikarzt die eindeutig vorhandene Suizidgefährdung richtig angegangen. Erst der vierte Suizidversuch führte zur stationären, psychiatrischen Behandlung, veranlaßt durch den Hausarzt.

b) Richtiges Einschätzen

Von einem richtigen Einschätzen der Suizidalität kann wohl dann die Rede sein, wenn letztere nicht nur erkannt wird, sondern wenn auch die richtigen Maßnahmen getroffen werden. Hierzu zählt Überweisung in stationäre psychiatrische Behandlung, um der Suizidgefahr zu begegnen, zum anderen aber auch um die zugrunde liegenden Ursachen abzuklären und zu behandeln.

Bei der Mehrzahl der von uns untersuchten Patienten kann man von einem richtigen Einschätzen der Suizidalität von Seiten des sozialen Umfeldes ausgehen. Angehörige, wie auch die hinzugezogenen Ärzte zögern allerdings nicht selten mit der Einweisung in psychiatrische Behandlung, um damit das in sie gesetzte Vertrauen nicht zu zerstören.

Für öffentliche Einrichtungen wie Polizei oder Bayerisches Rotes Kreuz u.a. besteht diese Problematik nicht; von letzteren können die erforderlichen Maßnahmen zur Behebung der Suizidgefahr sachlich und konsequent durchgeführt werden.

Es entsteht so der Eindruck, daß gerade Behörden Selbstmordabsichten ernst nehmen und richtig handeln. Wir möchten hierfür Beispiele anführen.

Beispiel 4

Helmut H., 26 J., - Alkoholabusus -

H. hat nach einem Streit mit seinem Bruder die Wohnung verlassen und das Bayerische Rote Kreuz angerufen und erklärt, daß er mit dem Leben nicht mehr zurecht komme. Das Bayerische Rote Kreuz verbrachte ihn unmittelbar in das Nervenkrankenhaus.

Wir haben oben aufgezeigt, daß Institutionen wie die Landesversicherungsanstalt oder das Bayerische Rote Kreuz gegenüber Suizidabsichten sich richtig verhalten haben. Wir möchten nun ein Beispiel für das richtige Einschätzen der Suizidalität durch die Polizei benennen.

Beispiel 5

Elke S., 28 J. - Reaktive Depression -

Es besteht ein Partnerkonflikt, zudem ist Frau S. schwanger und fühlt sich von ihrem Freund verlassen. Sie ruft in ihrer Verzweiflung von einer Telefonzelle aus die Polizei an. Obwohl sie den Standort der Telefonzelle nicht angibt, auch nicht ihren Namen nennt, gelingt es der Polizei, sie aufzufinden und vor einem Unglück zu bewahren. Sie wurde nach dem Verwahrungsgesetz eingewiesen.

Für die Polizei ist es nicht einfach, den Grad der Selbstgefährlichkeit richtig einzustufen. Häufig wird daher ein Arzt zur Beurteilung der Suizidalität herangezogen.

Relativ oft wird gerade gebrechlichen Greisen Selbstgefährlichkeit attestiert, so daß sich hierbei die Frage nach einem etwaigen Mißbrauch des Begriffs der Selbstgefährdung stellt.

c) Überschätzen

Der Hinweis auf Selbstgefährdung vermag den Weg in eine psychiatrische Klinik zu beschleunigen, wenn auch unter Zwangsmaßnahmen. Die Gefahr eines Mißbrauchs dieses Begriffs liegt nahe, um unliebsame Personen aus Familien, Altenheimen, Krankenhäusern sozusagen abzuschieben. Wir möchten dies anhand eines besonders krassen Beispiels belegen. Einem völlig hilflosen alten Menschen wird nicht nur Selbstgefährlichkeit, sondern sogar Gemeingefährlichkeit attestiert.

Beispiel 6

Michael R., 66 J., - Hirnarteriosklerose
Oesophagus-Ca. -

Der völlig kachektische, ans Bett gefesselte Mann wird wegen Suizidgefahr eingewiesen. Er hatte gedroht, sich mit einem Messer umzubringen, wenn er es erwische.

Wenn auch eine gewisse Selbstgefährlichkeit nicht auszuschließen ist, so muß doch von einem Überschätzen der Suizidalität gesprochen werden. Dieser Art von Selbstgefährdung hätte auch auf andere Weise als durch Einweisung ins Nervenkrankenhaus begegnet werden können. Letztlich wurde hier die Aufnahme eines Menschen, der intensiver Pflege bedurfte, erzwungen.

Suizidale Verhaltensweisen sowie Selbstmorddrohungen werden als brauchbares Druckmittel zur Konfliktbewältigung eingesetzt. Obwohl auf diese Weise sich Menschen manchmal erheblich gefährden können, kann hier nicht von echter Suizidalität die Rede sein. Die Mitmenschen werden absichtlich getäuscht und somit zu einer Überschätzung der Suizidalität veranlaßt, wie in folgenden Beispielen veranschaulicht werden soll.

Beispiel 7

Richard M., 28 J., - Alkoholabusus -

Er wird wegen eines Prädelirs und erheblicher Suizidgefahr vom Hausarzt eingewiesen. Im Nervenkrankenhaus erklärt er, er habe den Hausarzt belogen, um ins Nervenkrankenhaus zu kommen, um hier sozusagen Urlaub zu verbringen. Anzeichen für die Suizidalität waren in der Tat nicht gegeben.

Beispiel 8

Norbert P., 22 J., - abnorme Persönlichkeit -

P. ist Bundeswehrsoldat und möchte seine Bundeswehrzeit vorzeitig beenden. Er täuscht dem Stabsarzt Suizidabsichten vor und wird ins Nervenkrankenhaus eingewiesen.

Im weiteren möchten wir Fehldiagnosen durch Ärzte anführen. So war ein Unfall, der als beabsichtigter Selbstmordversuch gedeutet wurde, durch eine cerebrale Krise bedingt.

Beispiel 9

Alfred S., 58 J., - Hirntumor -

Er war plötzlich beim Bedienen einer Kehrmaschine gegen eine Wand gefahren und wurde wegen schwerer, akuter Depression mit Suizidgefahr vom Allgemeinkrankenhaus ins Nervenkrankenhaus verlegt. Hier erbrachte die weitere Diagnostik einen Hirntumor. Ähnlich verhält es sich bei folgendem Beispiel.

Beispiel 10

Gerda V., 25 J., - hirnorganisches Anfallsleiden -

Sie war in bewußtlosem Zustand aufgefunden und ins Allgemeinkrankenhaus eingeliefert worden. Von hier wurde sie wegen Verdachts auf einen Selbstmordversuch ins Nervenkrankenhaus verlegt. Es stellte sich heraus, daß ein Anfallsgeschehen den Zustand der Bewußtlosigkeit herbeigeführt hatte.

Wir haben versucht, die Schwierigkeiten beim Einschätzen der Suizidalität aufzuzeigen und anhand von Beispielen zu demonstrieren.

Insgesamt war bei 41 Personen Suizidalität nicht festzustellen. Bei der Mehrzahl handelt es sich hier um Personen, die sich aufgrund einer krankhaften Störung ihrer Geistestätigkeit in Gefahr brachten, so daß die Einweisung ins Nervenkrankenhaus die einzig richtige Maßnahme war. Die Grenzen zwischen Fehldiagnose, Mißbrauch und Überschätzen der Selbstgefährdung sind nicht immer deutlich zu ziehen.

IV. Z U S A M M E N F A S S U N G

Wir haben während eines 6-monatigen Beobachtungszeitraums von 1200 aufgenommenen Patienten 305 Personen erfaßt, bei welchen Selbstgefährdung bei der Einweisung in stationäre psychiatrische Behandlung eine Rolle spielte. Folgende Ergebnisse ließen sich ermitteln:

1. Psychische Erkrankungen sind mit erhöhtem Suizidrisiko belastet. Jeder 10. Aufnahme in stationäre psychiatrische Behandlung geht ein Selbstmordversuch voran. Selbstgefährdung spielt in irgendeiner Form bei jedem 4. aufgenommenen Patienten eine Rolle.
2. Polizei und Rotes Kreuz nehmen bei der Krisenintervention eine wichtige Schlüsselposition ein.
Weder durch eine kirchliche Institution, noch durch Telefonseelsorge ist eine Aufnahme vermittelt worden.
3. Die wichtige Funktion des Nervenkrankenhauses innerhalb der Suizidprophylaxe ist nur wenig bekannt; hierfür spricht die geringe Anzahl von nur 6 Notaufnahmen.
4. Das Einschätzen der Selbstgefährdung bereitet Schwierigkeiten. Ein unsachlicher Umgang mit dem Begriff der Selbstgefährdung läßt sich nicht immer vermeiden, ist aber manchmal nicht sogleich zu erkennen.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

- 1 AMERY, J.: Hand an sich legen - Diskurs
über den Freitod.
Klett, Stuttgart 1976
- 2 BAPPERT, W.: Die Zunahme der Suizidversuche
und ihre seelischen Hintergründe
Münch. Med. Wschr. 102 (1962)
S. 2408 - 2413
- 3 BRONISCH, F.W.: Psychiatrie und Neurologie
Springer, Heidelberg 1971
- 4 BÖCKER, F.: Suizide und Suizidversuche in
der Großstadt.
Thieme, Stuttgart 1973
- 5 BÖCKER, F.: Selbstmordhandlung und Lebens-
alter.
Klinikerzt 2 (1973) S. 26 - 34
- 6 BÖCKER, F. und
BARTELS, O.: Der Patient nach einem Suizid-
versuch
Fortschr. Med. 93 (1975)
S. 929 - 932
- 7 ECKMANN, F.: Epidemiologische und statistische
Erhebungen über Suizid und Sui-
zidversuch in Schleswig-Holstein
Janssen-Symposien, Band 15
Düsseldorf 1974
- 8 FARBEROW, N.L. und
SHNEIDEMANN, E.S.: The cry for help
Mc Graw Hill 1961

- 9 FEUERLEIN, W.: Selbstmordversuch oder parasuizidale Handlung.
Nervenarzt 42 (1971)
- 10 FEUERLEIN, W.: Sucht und Suizidhandlungen
Münch.Med.Wschr. 117 (1975)
S. 197 - 200
- 11 GRUHLE, H.W.: Selbstmord
Thieme, Leipzig 1940
- 12 HENSELER, H.: Ein psychodynamischer Deutungsversuch des präsuizidalen Syndroms
Nervenarzt 45 (1974) S 238 - 243
- 13 JANTZ, H.: Schizophrenie und Selbstmord
Nervenarzt 22 (1951)
- 14 KIELHOLZ, P.: Depressive Zustände
Huber, Bern 1972
- 15 LINDEN, K.J.: Der Suizidversuch
Enke, Stuttgart 1969
- 16 LUNGERSHAUSEN, E.: Suizidprophylaxe in der ärztlichen Praxis
Landarzt 44 (1968) S. 27
- 17 LUNGERSHAUSEN, E.: Zum Problem des Suizids bei endogenen Psychosen
Huber, G.
Schizophrenie und Zykllothymie
Thieme Stuttgart 1969
- 18 POHLMEIER, H.: Depression und Selbstmord
Manz, München 1971

- 19 PÖLDINGER, W.: Die Abschätzung der Suizidalität
Huber, Bern 1968
- 20 PROKOP, H.: Häufige und seltene Formen
von Suizidversuchen
Ärztliche Praxis 80 (1973)
3465
- 21 PSYCHIATRIE ENQUETE: Materialsammlung I und
II zur Enquête über die Lage der
Psychiatrie in der Bundesrepublik.
Schriftreihe des Bundesministeriums
für Jugend, Familie und Gesundheit.
Kohlhammer, Stuttgart, 1973
- 22 REINER, A.: Ich sehe keinen Ausweg mehr
Suizid und Suizidverhütung
Konsequenzen für die Seelsorge
- 23 RIEBEL, U.: Was tun Sie im akuten Krisenfall?
Ärztliche Praxis 94 (1977)
3859 - 3861
- 24 RINGEL, E.: Der Selbstmord
Maudrich, Wien, 1953
- 25 RINGEL, E.: Neue Untersuchungen zum Selbst-
mordproblem
Wien 1961
- 26 ROST, H.: Bibliographie des Selbstmordes
Augsburg 1927
- 27 SCHIERL, I.: Suizide in ländlichen Gebieten,
Klein- u. Mittelstädten
Diss., Erlangen 1973

- 28 STENGEL, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch
Fischer, Stuttgart 1969
- 29 THOMAS, L.: Handbuch der Selbstmordverhütung
Enke, Stuttgart 1967
- 30 WEIG, W.: Zykllothyme Depression und Suizidalität
Diss. Erlangen 1976
- 31 WIECK, H.H.: Lehrbuch der Psychiatrie
Schattauer, Stuttgart 1967
- 32 ZWINGMANN, Ch.: Selbstvernichtung
Akad. Verlags-Ges., Frankfurt
1965

LEBENS LAUF

Am 20.09.1940 wurde ich als Tochter des Fleischermeisters Adolf Langer und seiner Ehefrau Käthe, geborene Kranz, in Breslau geboren. 1946 wurde Rieden bei Amberg in der Oberpfalz mir zur Heimat. Dort besuchte ich 5 Klassen die Volksschule und trat 1951 in das Mädchenrealgymnasium der Armen Schulschwestern in Amberg ein, welches ich nach dem Abitur im Juli 1960 verließ. Von 1960 bis 1966 widmete ich mich dem Studium der englischen und französischen Sprache an der Universität Erlangen-Nürnberg, ein Semester lang auch in Mainz. In dieser Zeit war ich 9 Monate als Sprachlehrerin an einem französischen Mädchengymnasium in Aurillac/Frankreich tätig. 1966 erhielt ich die Zulassung zum Studium der Medizin an der Universität Erlangen-Nürnberg und machte dort im Sommer 1972 mein Staatsexamen. Nach der Medizinalassistentenzeit an den Städt. Krankenanstalten in Bayreuth trat ich im Juni 1973 in den ärztlichen Dienst am Nervenkrankenhaus Bayreuth ein. Ich strebe den Facharzt für Neurologie und Psychiatrie an. Ab 1.01.79 setze ich meine Weiterbildung am Nervenkrankenhaus in Ansbach fort.

Seit November 1965 bin ich mit dem Arzt, Dr. med. Hans-Dieter Schillitz verheiratet. Ich habe einen 9-jährigen Sohn.

